

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

I. Общи положения

1. „Здравноосигурителен фонд ДаллБогг: Живот и Здраве” ЕАД (наричано по-долу Осигурител) е дружество за доброволно здравно осигуряване, получило лицензия по реда на Закона за здравното осигуряване.
2. Осигурителят поема рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни стоки и услуги срещу заплащане на здравноосигурителни премии, въз основа на здравноосигурителни договори.
3. Доброволното здравно осигуряване по смисъла на тези Общи условия се осъществява при спазване принципа на доброволност, добросъвестност и равнопоставеност на страните, свободен избор на лечебно заведение и отговорност за собственото здраве на Осигурените.
4. Доброволното здравно осигуряване по тези Общи условия се извършва въз основа на здравноосигурителен пакет, за предлагането на който Осигурителят е получил разрешение по реда на Закона за здравното осигуряване.
5. Доброволното здравно осигуряване по тези Общи условия се извършва въз основа на здравноосигурителни договори (индивидуални, групови, семейни) с физически и юридически лица /наричани Осигуряващи или Здравноосигурено/и лице/, като Осигуряващия и Здравноосигуреното лице (ЗОЛ) могат да бъдат едно и също лице или различни лица.

II. Предмет и обхват и вид на доброволното здравно осигуряване. Здравноосигурителни покрития.

6. Предмет на доброволното здравно осигуряване по тези Общи условия е финансовото обезпечаване и финансовото осигуряване на ползването на здравни услуги и стоки от ЗОЛ, в обхвата на договорените здравноосигурителни пакети. Осигурителят не предоставя и не осигурява лично здравни стоки и услуги.
7. По смисъла на тези Общи условия Осигурителят извършва дейността по доброволно здравно осигуряване чрез предлагането му под две форми, както следва:
 - 7.1. Възстановяване на разходи – Форма на доброволно здравно осигуряване, при която Осигурителят при настъпването на предвидените в здравноосигурителните договори случаи частично или изцяло възстановява разходите за здравното обслужване на Осигурените лица съобразно закупените от тях пакети здравни услуги, които се извършват от свободно избран от тях Изпълнител на медицинска помощ.
 - 7.2. Абонаментно обслужване - Форма на доброволно здравно осигуряване, при която Осигурителят при настъпването на предвидените в здравноосигурителните договори

случаи осигурява предоставянето на определени здравни услуги и стоки на ЗОЛ само чрез Изпълнители на медицинска помощ, с които има подписани договори.

8. Предлаганите от Осигурителя здравни стоки и услуги са групирани в здравноосигурителния пакет, “Комплексна медицинска помощ и грижа за здравето” представляващи неразделна част от тези Общи условия.
9. В зависимост от вида и обема на предлаганите здравни услуги и стоки, включени в здравноосигурителния пакет, Осигурителят предлага четири опции – “Ограничена”, “Базисна”, “Стандартна” и “Пълна” (приложени към Общите условия). Четирите вида опции могат да предоставят различен обем на предоставяните услуги, както следва:
 - 9.1. **Ограничена опция**- включва: 1. Подобряване на здравния статус и предпазване от заболяване; 2. Извънболнична медицинска помощ и 3. Болнична медицинска помощ
 - 9.2. **Базисна опция** – включва: 1. Подобряване на здравния статус и предпазване от заболяване; 2. Извънболнична медицинска помощ; 3. Болнична медицинска помощ; 4. Възстановяване на разходи за лекарства, медикаменти и консумативи по лекарско предписание до 90 лв. и 5. Рехабилитация и здравни грижи.
 - 9.3. **Стандартна опция** – включва: 1. Подобряване на здравния статус и предпазване от заболяване; 2. Извънболнична медицинска помощ; 3. Болнична медицинска помощ; 4. Възстановяване на разходи за лекарства, медикаменти и консумативи по лекарско предписание до 155 лв. И 5. Рехабилитация и здравни грижи.
 - 9.4. **Пълна опция** – включва: 1. Подобряване на здравния статус и предпазване от заболяване; 2. Извънболнична медицинска помощ; 3. Болнична медицинска помощ; 4. Възстановяване на разходи за лекарства, медикаменти и консумативи по лекарско предписание до 300 лв. и 5. Рехабилитация и здравни грижи
10. Изборът на здравно осигурителен пакет, опцията по тях и начинът на плащането на здравноосигурителните премии се договарят между Осигурителя и Осигуряващия/ЗОЛ в конкретния здравноосигурителен договор.

III. Изключения.

11. В обхвата на здравните услуги и стоки по настоящите Общи условия не се включват и не се възстановяват разходи за лечение на здравословни проблеми, травми и наранявания, получени вследствие на:
 - 11.1. земетресение и други природни бедствия;
 - 11.2. пробив на язовирна стена, газове, атомни, ядрени експлозии и други производствени аварии;
 - 11.3. радиоактивно замърсяване/облъчване и други производствени вредности;
 - 11.4. епидемия с опустошителен характер;
 - 11.5. военен конфликт, размирици, военни учения или действия, имащи военен характер, конфискация, реквизиция, стачки, локаути, граждански вълнения и

неподчинения, бунтове или всяко действие на лице или лица, действащи самостоятелно и/или от името на или във връзка с организация, целта на която е да сваля или да влияе на правителство чрез тероризъм или по друг насилствен начин, както и действия, предприети от държавни и общински органи за предотвратяване, локализиране или прекратяване на същите;

11.6. задържане от органи на властта, престой в място за лишаване от свобода

11.7. самоувреждане при психично разстройство и/или самонаранявания, получени опит за самоубийство;

11.8. самонаранявания или наранявания, получени при извършването на виновно деяние, установено по съдебен ред;

11.9. битова свада, сбиване, умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер или друга дейност, забранена със закон.

11.10. участие в дейности или мероприятия с експериментална и научно-изследователска цел.

11.11. подготовка на и/или участие в спортни състезания;

11.12. остра или хронична употреба на алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболи, допингиращи вещества или друга медикаментозна зависимост;

11.13. неспазване на предписаните режими на лечение и/или възстановяване, самолечение и/или използване на алтернативни методи на лечение или самолечение.

11.14. лечение на предишни заболявания

11.15. лечение на предишни хронични заболявания, открити за първи път преди сключването на здравноосигурителния договор

12. Съгласно настоящите Общи условия в обхвата на осигуряването не се включват стоматологични услуги и стоки.

13. Осигурителят не покрива следните здравни услуги:

13.1. спешна и неотложна медицинска помощ;

13.2. хемодиализа и хемотрансфузия;

13.3. трансплантация на органи;

13.4. неврохирургични и кардиологични операции;

13.5. фертилитет ин витро;

13.6. лечение на СПИН;

13.7. извънболнична и болнична помощ на психиатрично и онкологично болни пациенти;

13.8. лечение на алкохолизъм и наркомания или наранявания в пияно състояние;

- 13.9. задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за здравето;
- 13.10. пластични и козметични операции и други козметични медицински услуги;
- 13.11. лечение с методите на нетрадиционната медицина, психотерапия и акупунктура;
- 13.12. лечение на вродени аномалии.

IV. Сключване на здравноосигурителните договори.

- 14. Здравноосигурителните договори са писмени договори, сключени между Осигурителя и ЗОЛ/Осигуряващия за финансово обезпечение на предоставянето на съответните здравни стоки и услуги на ЗОЛ за определен срок, обем и обхват, конкретизирани в здравноосигурителния договор и приложенията към него срещу заплащане на здравноосигурителна премия.
- 15. Здравноосигурителният договор се сключва в писмена форма и съдържа информация за:
 - 15.1. Име/Наименованието, адрес на управление/постоянен адрес, ЕГН/БУЛСТАТ, номер на вписването в съответния търговски регистър, а за Осигурителя и номер и дата на издадената лицензия за извършване на дейност по доброволно здравно осигуряване;
 - 15.2. Общите условия, здравноосигурителните пакети, избраната опция и условията за предоставяне на здравни услуги и стоки;
 - 15.3. Размер, срок и начина на плащане на здравноосигурителната премия, както и последиците от неплащане или неточно плащане;
- 16. Покритието по здравноосигурителния договор е валидно само за територията на Р. България и за лица, които имат непрекъснати здравноосигурителни права, съгласно действащата нормативна уредба.
- 17. Здравноосигурителните договори се сключват с ЗОЛ с нормален здравноосигурителен риск съгласно персоналният здравен въпросник при следните възрастови ограничения:
 - 17.1. индивидуални здравноосигурителни договори – в полза на лица на възраст от 18 до 63 години;
 - 17.2. семейни здравноосигурителни договори – в полза на съпрузи или лица живеещи на семейни начала, навършили 18 г. възраст и/или в полза на техните деца, в това число и непълнолетни, и/или родители или други роднини по права или съребрена линия;
 - 17.3. групови (корпоративни) здравноосигурителни договори, сключени с юридически лица и/или еднолични търговци (работодатели) в полза на лица, свързани по общи показатели, като трудова заетост, членство в професионални сдружения и др. на възраст от 18 до 63 години, включително, които не отговарят на условията за пенсиониране за осигурителен стаж и възраст
- 18. Определянето на възрастта по тези Общи условия се извършва в цели години, като

период до шест месеца не се взима предвид, а над шест месеца се приема за цяла година. Здравноосигурителният договор се сключва за такъв срок на действие, че при изтичане на срока му, ЗОЛ да не е по възрастен от определената в т. 17 възраст.

19. При сключване на договорът към него се прилагат:
 - 19.1. Попълнен персонален здравен въпросник (по образец) – при сключване на индивидуален, семеен и групов здравноосигурителен договор.
 - 19.2. Списък на ЗОЛ при групов здравноосигурителен договор. Списъкът е свободен текст, като задължително включва данни за трите имена на лицето, месторабота, длъжност.
 - 19.3. Писмено предложение в свободен текст;
 - 19.4. Общите условия и други приложения, посочени в края на тези Общи условия;
20. Писменото предложение по т. 19.3 за сключване на здравноосигурителен договор е в свободен текст като задължително включва данни за имената/наименованието на ЗОЛ/Осигуряващия, ЕГН/Булстат, адрес и телефон за кореспонденция, домашен адрес, месторабота и длъжност (при групови договори – предмет на дейност и отрасъла на Осигуряващия), избрана опция.
21. При сключване на здравноосигурителен договор ЗОЛ подписва декларация в свободен текст, в която декларира, че не се осигурява доброволно в друг здравноосигурителен фонд/дружество.
22. Лицето, което ще сключи здравноосигурителен договор, е длъжно добросъвестно, точно и изчерпателно да отговори на всички въпроси в персоналния здравен въпросник. При неговото попълване, лицата съобщават всички обстоятелства, които са съществени и са свързани с оценката на риска и за които писмено е поставен въпрос и са отговорни за верността на данните.
23. Осигурителят може да откаже сключване на здравноосигурителен договор, без да е длъжен да съобщава на Осигуряващия/ЗОЛ причините за това свое решение.
24. Съдържанието на персоналния здравен въпросник може да се преглежда от лекар на Осигурителя, който може да поиска писмено допълнителни сведения и документи от лицето, относно здравословното му състояние или да назначи извършването на медицински прегледи. Допълнителния медицински преглед е за сметка на ЗОЛ.
25. За непълнолетни деца при сключване на семеен здравноосигурителен договор персоналния здравен въпросник се попълва от техните законни представители.
26. Съществени обстоятелства, свързани с оценка на риска, са тези, които са посочени в персоналния здравен въпросник, и в това число и информацията относно местоработата и длъжността на лицето, предмета на дейност и отрасъла на работодателя.
27. Ако лице при попълване на персоналния здравен въпросник или предложението съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Осигурителят не би сключил здравно осигурителния договор, ако е знаел за това

- обстоятелство, Осигурителят може да прекрати договора. Той може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството.
28. В случая по т. 27 от Общите условия, Осигурителят задържа здравноосигурителната премия.
29. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че Осигурителят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако ЗОЛ/Осигуряващият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т. 28 от Общите условия.
30. Когато в случаите по т. 27 или т. 29 настъпи осигурително събитие, Осигурителят може да откаже изцяло или частично възстановяване на разходи или изплащане на сума само ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелство по т. 27 или т. 29 е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Осигурителят не може да откаже плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената здравноосигурителна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния осигурителен риск.
31. Ако при сключването на здравноосигурителния договор обстоятелство имащо съществено значение за определяне на осигурителния риск не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна.
32. Ако договорът бъде прекратен при условията на т. 31, както и в другите случаи по тези ОУ, извън т. 27, 29, 41.7 и 60.6, Осигурителят възстановява частта от платената здравноосигурителна премия, която съответства на неизтеклия срок на здравноосигурителния договор след приспадане на съответната част от административните разходи в едномесечен срок от прекратяването. Сумите се изплащат на ЗОЛ на каса или по банков път.
33. При настъпване на осигурително събитие преди изменението или прекратяването на здравноосигурителния договор, в случаите по т. 31, Осигурителят не може да откаже възстановяване на разходите или изплащане на сума, но може да ги намали съобразно съотношението между размера на платената здравноосигурителна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния осигурителен риск.
34. През срока на действие на здравноосигурителния договор лицата попълнили персоналният здравен въпросник и списъка по т. 20, са длъжни да уведомяват незабавно, но не по късно от 7 дни от узнаването, за всички промени в съществените обстоятелствата, които могат да доведат до утежняване на здравноосигурителния риск или до неспазване на поети задължения по здравноосигурителния договор.

V. Срок на действие и прекратяване на здравноосигурителните договори

35. Здравноосигурителният договор се сключва за срок от една година.
36. Дължимата от ЗОЛ здравноосигурителна премия може да бъде внесена в брой или по банков път по сметка на дружеството. В последния случай за дата на плащането се приема датата на която сметката на Осигурителя е заверена.
37. При незаплащане на осигурителната премия в срок до 30 (тридесет) дни от датата на подписване на здравноосигурителния, същия не влиза в сила и ЗОЛ не може да ползва права по договора.
38. Отговорността на Осигурителя по този здравноосигурителен договор започва от 00.00 часа на деня следващ този на плащането на здравноосигурителната премия.
39. Подновяване на здравноосигурителния договор, промени в избраните, опции или лимит на отговорността се правят с анекс, подписан от страните. Когато Осигуряващият и ЗОЛ са различни лица, право на промяна има Осигуряващия.
40. Групов здравноосигурителен договор се сключва от юридически лица или еднолични търговци – работодатели, които имат назначени на работа не по-малко от 10 лица.
41. Здравноосигурителният договор се прекратява:
- 41.1. С изтичане срока на договора;
 - 41.2. По взаимно съгласие на страните изразено писмено;
 - 41.3. Едностранно с писмено предизвестие от някоя от страните при условията посочени по-долу;
 - 41.4. В случаите на т. 27, т. 29, т. 31 от тези Общи условия;
 - 41.5. При смърт на ЗОЛ;
 - 41.6. В други случаи, предвидени в тези Общи условия, в това число при нарушение от ЗОЛ на задълженията си по т. 58, т. 59.5, т. 60.2, т. 60.3, т. 60.4, т. 60.5 и т. 60.6;
 - 41.7. спрямо ЗОЛ е прекъснато плащането на здравните му осигуровки към НЗОК
42. Осигурителят прекратява здравноосигурителния договор с тридневен писмено предизвестие и има право да откаже възстановяване на разходи или осигуряване предоставянето на здравни услуги и стоки в следните случаи:
- 42.1. измама или съучастие, извършено от ЗОЛ/Осигуряващия или от трето лице със знанието и без противопоставяне от тяхна страна при ползване на здравни услуги и стоки предмет на здравноосигурителния договор;
43. Осигуряващият има право да прекрати здравноосигурителния договор с тримесечно писмено предизвестие. В този случай в срок до седем дни от датата на предизвестие то уведомява за прекратяването и осигурените съгласно договора лица. ЗОЛ има право да прекрати здравноосигурителния договор с едномесечно писмено предизвестие.
44. При груповите здравноосигурителни договори включването на нов ЗОЛ или прекратяване

на здравноосигурителното покритие по отношение на някое от включените лица се извършва при следните условия:

- 44.1. Попълване на персонален здравен въпросник от кандидата и одобряването и от Осигурителя;
- 44.2. Отговорността на Осигурителя за нови ЗОЛ започва от 00.00 часа на деня следващ деня на сключването на анекс към здравноосигурителния договор и плащането на допълнителна здравноосигурителна премия.
- 44.3. За всяко новопостъпило лице на мястото на напуснал, отговорността на Осигурителя започва от 00.00 часа на деня следващ постъпването в групата. В този случай Осигуряващият уведомява Осигурителя за промените в групата, незабавно но не по късно от три работни дни и представя попълнен персонален здравен въпросник.
- 44.4. Отговорността на Осигурителя за лице, напуснало групата, е до 00.00 часа на деня на напускане на групата. В този случай Осигуряващият уведомява Осигурителя по реда на т. 44.4 и връща съответните здравноосигурителни документи.

V. Права и задължения на Осигурителя

45. Осигурителят се задължава срещу заплащане на здравноосигурителна премия от Осигуряващия/ЗОЛ, финансово да обезпечи предоставянето на здравни услуги и стоки и/или да възстанови направените и предявени по надлежния ред от ЗОЛ разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки – в случаите на възстановяване на разходи, в съответствие с тези Общи условия, здравноосигурителния договор и посочения в него лимит на отговорност.
46. Осигурителят е длъжен в седемдневен срок от влизане в сила на здравноосигурителния договор да предостави на ЗОЛ/Осигуряващия здравноосигурителна карта, съдържаща номер на Осигурения, трите имена, ЕГН и срока на действие на здравноосигурителния договор. При загубване или унищожаване на здравноосигурителната карта ЗОЛ незабавно, но не по-късно от три работни дни от събитието уведомява за това Осигурителя. Дубликат от здравноосигурителната карта се издава от Осигурителя в срок до седем дни от попълване на декларация за невалидност на изгубената/унищожена карта, в свободен текст и заплащане на такса от 10 лв.
47. Здравноосигурителната карта легитимира ЗОЛ с правата по сключения здравноосигурителен договор пред координаторите и изпълнителите на медицинска помощ, с които Осигурителя има сключен договор. В седем дневен от прекратяване на здравноосигурителния договор ЗОЛ връща здравноосигурителната карта.
48. Осигурителят е длъжен незабавно, но не по-късно от един работен ден от влизане в сила на здравноосигурителния договор, да предостави на ЗОЛ/Осигуряващия списък с изпълнителите на медицинска помощ и аптеките, с които има сключен договор. Осигурителят уведомява ЗОЛ/Осигуряващия писмено в 7 дневен срок за промени в списъка на изпълнителни на медицинска помощ. В случай, че ЗОЛ са над 100 лица,

Осигурителят може да извърши уведомяването чрез публикуване на списъка на интернет страницата му или по друг подходящ начин.

49. Осигурителят изготвя здравно досие на ЗОЛ и води регистър, в който се съдържа информация за внесените здравноосигурителни премии и вноски, ползваните здравни услуги и стоки и данни за възстановените разходи.
50. При поискване от ЗОЛ Осигурителят представя информация за ползваните здравни услуги и стоки и възстановените разходи. При групови здравноосигурителни договори Осигуряващият има право да получи само обобщени и неперсонифицирани данни за здравословното състояние на ЗОЛ и препоръки за подобряването на условията на работната среда.
51. Осигурителят няма право без изричното писмено съгласие на ЗОЛ да разгласява станалите му известни лични данни, фактите и обстоятелствата, свързани със здравословното състояние на ЗОЛ, освен в случаите предвидени със закон.
52. Осигурителят има право на информация за здравното състояние на ЗОЛ, като за тази цел има право да чрез свои или независими експерти да проверява представената от ЗОЛ/Осигуряващия информация и сведения, в това число и относно предоставеното му обслужване от изпълнителите на медицинска помощ.

VI. Права и задължения на Здравноосигуреното лице

53. ЗОЛ/Осигуряващият свободно избира здравноосигурителния пакет, съответно опцията, формата на здравното осигуряване (възстановяване на разходи, абонаментно обслужване) и лимита на отговорност.
54. Избрания здравноосигурителен пакет и опции се ползват лично от ЗОЛ. Разходите извън договореното в здравноосигурителния договор са за сметка на ЗОЛ.
55. Здравноосигурното лице ползва координатор, чрез обаждане в call-center на тел. 0 700 16 406, *5555 (телефон за всички мобилни оператори), който го уведомява за реда на ползване на здравни услуги и оказва съдействие при ползване на здравните услуги и стоки.
56. ЗОЛ/Осигуряващият е длъжен да заплаща договорената здравноосигурителна премия в сроковете и условията съгласно здравноосигурителния договор.
57. ЗОЛ/Осигуряващият се задължава да не създава условия за неправомерно и недобросъвестно ползване на здравните услуги и стоки и възстановяване на разходи, предоставяни от Осигурителя, като включително полага грижи за здравето си.
58. При всяко посещение при изпълнител на медицинска помощ, с който Осигурителя има сключен договор, ЗОЛ се легитимира със здравноосигурителната карта и документ за самоличност. ЗОЛ няма право да преотстъпва на други лица здравноосигурителната карта.
59. Здравноосигуреното лице има право:

- 59.1. да получи пълна информация на обхвата, услугите и стоките, включени в избраната от него опция от здравноосигурителния пакет или за другите опции включени същия пакет, чрез телефонно обаждане в call-centre на тел. 0 700 16 406, *5555 (телефон за всички мобилни оператори) или чрез посещение в офис на Осигурителя;
 - 59.2. да ползва в пълен размер здравни услуги и стоки, включени в избраната от него опция към здравноосигурителния пакет до лимита на отговорност на Осигурителя;
 - 59.3. да бъде насочен към специалист след телефонно обаждане от негова страна в call-centre на тел. 0 700 16 406, *5555 (телефон за всички мобилни оператори);
 - 59.4. да ползва здравни услуги и стоки по избраната от него опция от здравноосигурителен пакет навсякъде на територията на Република България и свободно да избират лекар от изпълнителите на медицинска помощ, с които Осигурителя има сключен договор;
 - 59.5. да ползва правата си по здравноосигурителния договор лично;
 - 59.6. да получи от лекаря, който го е прегледал пълна информация за здравословното си състояние, за диагнозата си, за целите и очакванията на предписаната терапия.
 - 59.7. да изкаже оплаквания или възражения от качеството и бързината на обслужването и от отношението на служителите на Осигурителя или лекарите към него чрез телефонно обаждане в call-centre на тел. 0 700 16 406, *5555 (телефон за всички мобилни оператори), по е-майл, на web страницата или чрез посещение в офис на Осигурителя.
 - 59.8. да изкаже препоръки за подобряване на качеството и бързината на обслужването чрез телефонно обаждане в call-centre на тел. 0 700 16 406, *5555 (телефон за всички мобилни оператори), или чрез посещение в офис на Осигурителя.
 - 59.9. да премине от една опция от здравноосигурителния пакет към друга като доплати разликата между стойността на опциите. В този случай отговорността на Осигурителя започва след плащане на разликата между стойността на опциите;
60. Здравноосигуреното лице е длъжно:
- 60.1. да има непрекъснати здравноосигурителни права съгласно действащата нормативна уредба в случаите, когато ползва здравни стоки и услуги съгласно тези Общи условия и сключения здравноосигурителен договор.
 - 60.2. да спазва и изпълнява стриктно изискванията и предписанията на лекуващите го медицински специалисти, като спазва предписаните му процедури и лекарствена терапия.
 - 60.3. да бъде отговорен към подобряването на здравословното си състояние.

- 60.4. да не извършва действия, които биха могли да доведат до влошаване или забавяне или спиране на подобрителните процеси на здравословното му състояние.
- 60.5. да уведоми незабавно call-centre на тел. 0 700 16 406, *5555 (телефон за всички мобилни оператори) ако при преглед изпълнител на медицинска помощ, с когото Осигурителя има сключен договор му поиска нерегламентирано парична сума.
- 60.6. да не подписва договор за допълнително доброволно здравно осигуряване с друг здравноосигурителен фонд, а ако има подписан такъв незабавно да прекрати действието му.
- 60.7. да извършва в срок необходимите уведомявания съгласно тези Общи условия.

VII. Здравноосигурителна сума и лимит на отговорност.

61. Отговорността, която носи Осигурителя по сключен здравноосигурителен договор, е до размера на здравноосигурителната сума (лимит на отговорност) посочена в Тарифата прилагана от Осигурителя.

VIII. Здравноосигурителна премия

62. Размерът на здравноосигурителната премия се определя за предлагания здравноосигурителен пакет, съответно опции съгласно действащата към момента на сключване на здравноосигурителния договор Тарифа.
63. Здравноосигурителната премия се плаща в пълен размер при подписване на здравноосигурителния договор.
64. Здравноосигурителните премии могат да се плащат касово и по банков път. При безкасово плащане за дата на внесената премия се приема денят, в който е заверена банковата сметката на Осигурителя.
- 64.1. При промени в стойността или обхвата на опциите от здравноосигурителния пакет, промяната влиза в сила незабавно след приемането ѝ от Съвета на директорите на “Здравноосигурителен фонд: ДаллБогг: Живот и Здраве” ЕАД и одобрението ѝ от Комисията за финансов надзор. Осигурителят писмено уведомява здравноосигурените лица, респективно Осигуряващия за всеки конкретен случай на промени.

При увеличаване на стойността на опцията, избрана от здравноосигуреното лице, разликата в цената се доплаща в срок от 30(тридесет) дни от датата на уведомяване на здравноосигуреното лице, респективно Осигуряващия, за приетите от Съвета на директорите на дружеството промени, по реда за заплащане на осигурителната премия.

Здравноосигурените лица, респективно Осигуряващият, имат право да приемат или да откажат увеличената стойност на избраната от тях опция. При отказ на лицето да приеме направеното увеличение или незаплащане на разликата в стойността на опцията, избрана от здравноосигуреното лице, отговорността на Осигурителя се ограничава до процентната стойност на предишната цена, спрямо новата цена.

При намаляване на цената на съответната опция разликата в цената се прихваща от стойността на здравноосигурителния договор за следващия осигурителен период, а ако такъв не бъде подписан, се възстановява на лицето при изтичане на срока на договора.

65. При условие, че падежът на здравноосигурителната премия настъпи в ден, в който осигуреното лице е прието на стационарно лечение в болнично заведение, то задължението му да плати премията си е с падеж 3 дни след изписването му от здравното заведение.
66. Осигурителят не дължи връщане на здравноосигурителната премия при смърт на ЗОЛ.
67. При подновяване на индивидуален или семеен здравноосигурителен договор, по който плащанията за здравно обслужване на Осигурения по изтеклия договор са били в размер до 10% (десет процента) от здравноосигурителната сума, Осигуряващият/ ЗОЛ ползва намаление на дължимата премия в размер на 10% (десет на сто).

IX. Взаимоотношения при настъпване на осигурително събитие. Възстановяване на разходи

68. Осигурителят обезпечава заплащането на стойността на представените здравни услуги и стоки, посочени в здравноосигурителния пакет, съответно опции, избрани от ЗОЛ.
69. ЗОЛ няма парични взаимоотношения с изпълнителите на медицинска помощ, с изключение на случаите, когато е надхвърли здравноосигурителната сума, както и в случаите когато в здравноосигурителния договор е избран възстановяване на разходи като форма на доброволно здравно осигуряване.
70. Осигурителят възстановява разходи въз основа на представени осигурителни и финансови документи, доказващи закупуването на лекарства по лекарско предписание до размера на лимита за възстановяване на разходи за лекарства от избраната от ЗОЛ опция от здравноосигурителния пакет.
71. ЗОЛ е длъжен писмено да уведоми в срок от седем дни Осигурителя за извършените разходи и да подаде молбата по т. 72. Срокът може да се удължи при наличието на обективни причини, които са възпрепятствали спазването му (престой в болнично заведение, тежко заболяване, отсъствие от страната и други подобни).
72. Осигурителят възстановява направените разходи за здравни стоки в тридесет дневен срок от предоставяне на писмена молба в свободен текст от ЗОЛ и приложени към нея документи доказващи извършването им. При подаване на молбата Осигурителят писмено указва необходимостта от представяне на нови документи, свързани с установяване на размера или основанието на разхода, подлежащ на възстановяване. При искане на нови документи, срокът за възстановяване на разходите тече от представянето им.
73. Осигурителят може да изиска допълнително доказателства, които не са определени в тези Общи условия в срок до 45 дни от подаване на писмената молба само, когато не е

могъл да предвиди необходимостта от тях при подаване на молбата и когато те са свързани с установяване на размера и основанието на извършените от ЗОЛ разходи.

74. Осигурителя не може да изисква доказателства, с които Осигурителя не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и на такива, за които може да бъде направена благоразумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основанието и размера на извършените от него разходи и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по изплащането им от Осигурителя.
75. При искане за възстановяване на разходи към молбата ЗОЛ представя:
- 75.1. за лекарства: рецепти, документ за извършен лекарски преглед, фактури, фискални бонове. При издадена рецепта, лекарствените средства трябва да бъдат закупени в срок до 3 дни от издаването и отпуснати само от аптеки, които са договорни партньори на Осигурителя.
 - 75.2. за помощни средства: документи за медицинско назначение, издаден от правоспособен лекар/изпълнител на медицинска помощ, рецепти, фактури и фискални бонове.
 - 75.3. за медицински прегледи: документ за лекарски преглед и фискален бон;
 - 75.4. за болнично лечение: епикриза, фактура, фискален бон;
 - 75.5. за лечение в санаториум: медицинско направление за лечение в санаториум, епикриза, картон с проведени физиотерапевтични процедури, фактура и фискален бон.
 - 75.6. Други документи с оглед на конкретния случай и свързани с установяване на размера или основанието на разхода, подлежащ на възстановяване.
76. В случай на смърт на ЗОЛ, след като е ползвал здравни услуги и стоки Осигурителят възстановява разходите за тях на законните му наследници, след представяне на съответните документи и удостоверение за наследници.
77. При наличие на основание за отказ от възстановяване на сумите за направените разходи Осигурителя уведомява ЗОЛ в срок до 15 дни от представяне на всички документи. Решението на Осигурителя е писмено и мотивирано.
78. Осигурителят не възстановява извършените от ЗОЛ разходи за здравни услуги и стоки в следните случаи:
- 78.1. неспазване на предписан режим или лечение, симулиране на заболяване от ЗОЛ, както и в случаите на наличие на обстоятелства по т. 57 от Общите условия;
 - 78.2. не се възстановяват суми за предписани слабителни лекарства, лекарства за редукция на теглото, за вегетативни смущения при пътуване, противозачатъчни медикаменти, хомеопатични и други лекарства нерегистрирани в Р. България, нестероидни противовъзпалителни средства, дезинфекционни средства и санитарни материали и медицинска козметика.

- 78.3. не се възстановяват суми, определени нормативно като потребителски такси в лечебни заведения и аптеки, както и за преглед при общопрактикуващи лекари и специалисти, импланти и допълнителни плащания в болниците.
- 78.4. не се възстановяват суми за разходи, изцяло поети от застрахователи или от други здравноосигурителни дружества по силата на сключен договор или разходи поети от държавни, общински или обществени и частни медицински програми;
- 78.5. в случай, че при настъпване на здравноосигурително събитие и ползване на здравни стоки и услуги съгласно тези ОУ и сключения договор, ЗОЛ има прекъснати права в НЗОК;
- 78.6. не се възстановяват разходи при самолечение или лечение от лице което няма право да упражнява лекарска професия;
- 78.7. при изчерпване на лимита на отговорност на Осигурителя;
- 78.8. при представяне на неистински документи или документи с невярно съдържание, с които се доказва претенцията. В този случай Осигурителят предава документите на органите на полицията;
- 78.9. при други случай съгласно тези Общи условия

Х. Допълнителни разпоредби

79. Всички съобщения до Осигурителя съгласно изискванията на тези Общи условия са в писмена форма и се изпращат на адреса посочен в титулната част на договора за здравноосигуряване.
80. Съобщенията от Осигурителя до Осигуряващия/ЗОЛ се изпращат на посочения от тях адрес или на последния посочен адрес, в случай на промяна, с което Осигурителя се освобождава от отговорност за неполучаването им и произтичащите от това последици.
81. Правата по здравноосигурителния договор се погасяват по давност с изтичането на срока определен в действащото българско законодателство.
82. При промяна на действащото законодателство, по силата на които на Осигурителя се възлагат или отнемат функции, то характера на приложимите Общи условия и клаузите на здравноосигурителния договор се изменят с влизане в сила на законодателните промени.
83. В случай на възникнал спор между страните във връзка със здравноосигурителния договор, то той ще бъде разрешен по доброволен път чрез споразумение. Ако това е невъзможно страните ще отнесат спора за разрешаване пред Арбитражния съд при БСК, гр. София.
84. Тези Общи условия са неразделна част от здравноосигурителния договор и са приложими за здравноосигурителния пакет предлаган от Осигурителя и посочен в т 8.

Дефиниции

По смисъла на тези Общи условия :

1. **ОСИГУРИТЕЛ** е „Здравноосигурителен фонд ДаллБогг: Живот и Здраве” ЕАД.
2. **ОСИГУРЯВАЩ** е физическо или юридическо лице, което сключва договора за доброволно здравно осигуряване с Осигурителя и поема задължение да плаща определената в здравноосигурителния договор здравноосигурителна премия. Осигуряващият и Осигурения могат да бъдат едно и също лице.
3. **ЗДРАВНООСИГУРЕНО ЛИЦЕ/А (ОСИГУРЕН)** е физическо лице/лица, в полза на което/които е сключен здравноосигурителен договор.
4. **ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ПАКЕТ** е съвкупността от регламентирани по вид и обхват здравни стоки и услуги, предоставени на Осигурения с цел възстановяване, опазване и подобряване на неговото здраве и покривани от Осигурителя при условия и ред, определени в Общите условия, приложенията към тях и здравноосигурителния договор.
5. **АБОНАМЕНТНО ОБСЛУЖВАНЕ** – форма на доброволно здравно осигуряване, при която Осигурителя при настъпването на предвидените в здравноосигурителните договори случаи осигурява предоставянето на определени здравни услуги и стоки на ОСИГУРЕНИТЕ единствено чрез изпълнители на медицинска помощ, с които има сключени договори.
6. **ВЪЗСТАНОВАВАНЕ НА РАЗХОДИ** - форма на доброволно здравно осигуряване, при която ОСИГУРИТЕЛЯ при настъпването на здравноосигурително събитие частично или изцяло възстановява разходите за здравно обслужване на Осигурения, извършени от свободно избран от тях изпълнител на медицинска помощ. Разходите могат да се възстановяват както на изпълнителите, така и на осигурения лица за предоставените, съответно за заплатените от тях здравни услуги и стоки.
7. **ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА ПРЕМИЯ** е сумата, която Осигуряващият/Осигуреният дължи на Осигурителя срещу поетите от последния задължения по здравноосигурителния договор.
8. **ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА СУМА /ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТТА/** е максималния размер на всички задължения на ОСИГУРИТЕЛЯ към ОСИГУРЕНИЯ за срока на здравноосигурителния договор. Това е максималния размер на отговорността на ОСИГУРИТЕЛЯ по сключения здравноосигурителен договор за предоставяне на здравни услуги и стоки и/или възстановяване на направените в срока на договора медицински разходи за здравно обслужване на ОСИГУРЕНИЯ.
9. **ЗАБОЛЯВАНЕ** е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано здравно заведение за първи път през срока на здравноосигурителния договор и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.
10. **ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ** – медицинско лечение на Осигурения, който не е болничен пациент.

11. **ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** е физическо или юридическо лице, което в съответствие с изискванията на закона има право да извършва здравни услуги – чл. 58 от ЗЗО.

12. **ЛЕКАРСТВА /ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА/** е всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение на заболявания при хора и се прилага за употреба в окончателна опаковка, както и всяко друго вещество или комбинация от вещества, които могат да се прилагат върху хора за профилактика, диагностициране или възстановяване, коригиране или променяне на физиологични функции на човека.

13. **НОРМАЛЕН ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН РИСК** е положение, при което ЗОЛ е в добро физическо и психическо здраве, без минимални заболявания, налагащи продължаване на лечението.

14. **ПРЕДИШНО ЗАБОЛЯВАНЕ /МИНАЛИ ЗАБОЛЯВАНИЯ/** е заболяване или телесно увреждане, възникнало преди сключването на здравноосигурителния договор и изискващо съвет от лекар или медицинско лечение, включително предписване на лекарства, независимо дали е диагностицирано преди началото на осигурителното покритие по здравноосигурителния договор.

15. **ОБЕМ НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ И СТОКИ** е количеството здравни услуги и стоки, до които ОСИГУРЕНИТЕ имат достъп, при условията, определени от Общите условия и здравноосигурителния договор.

Приложения:

1. Персонален здравен въпросник;
2. Списък на изпълнителите на медицинска помощ и лекари – координатори;
3. Здравноосигурителна карта;

Тези Общи условия са приети с Протокол от 20.05.2008 г. от заседание на Съвета на директорите на „Здравноосигурителен фонд ДаллБогг: Живот и Здраве” ЕАД, изменени с Протокол от заседание на СД от 25.11.2008 г., 12.01.2009 г. и 27.07.2009 г.